

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939 - N° 75

SÉMÉIOLOGIE ET ÉTUDE STATISTIQUE
DES
OSTÉOPÉRIOSTITES DES MAXILLAIRES
D'ORIGINE DENTAIRE

(Travail du Service de la Chaire de Clinique Odonto-Stomatologique
de la Faculté de Médecine.

Chef de Service : M. X. J. DUBECQ)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 6 Février 1939

PAR

Guy-Louis-Maurice CHATONET

Né à Saint-Vivien (Gironde), le 13 Janvier 1913

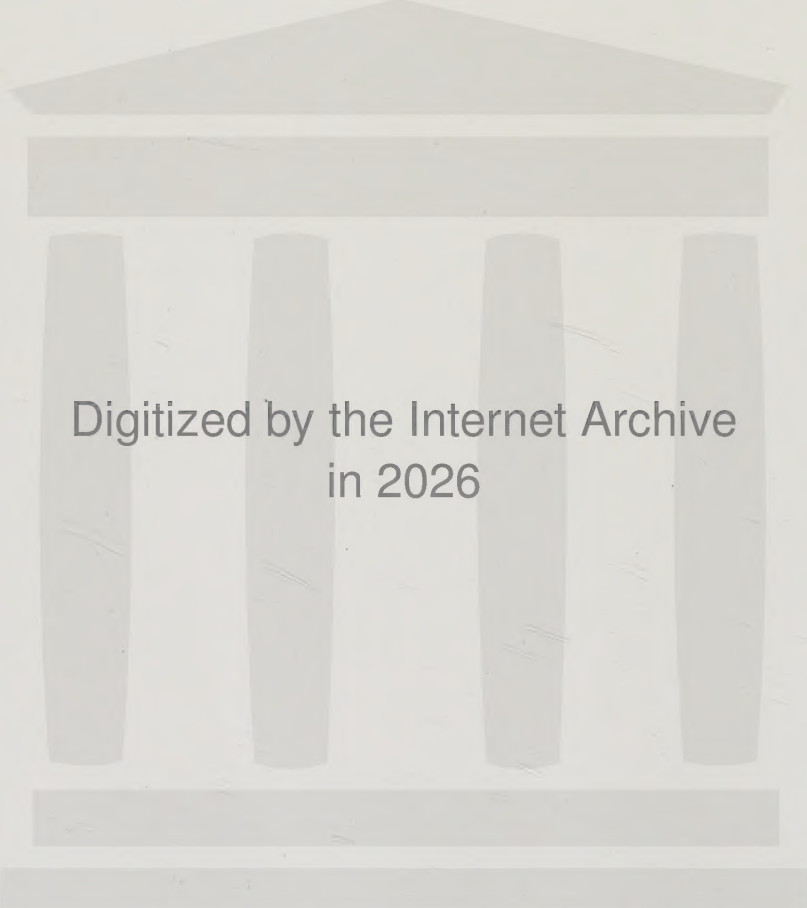
Examineurs de la Thèse	{	MM. DUBECQ, professeur	Président
		PAPIN, professeur	Juges
		JEANNENEY, professeur	
		DESPONS, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939 - N° 75

SÉMÉIOLOGIE ET ÉTUDE STATISTIQUE
DES
OSTÉOPÉRIOSTITES DES MAXILLAIRES
D'ORIGINE DENTAIRE

(Travail du Service de la Chaire de Clinique Odonto-Stomatologique
de la Faculté de Médecine.

Chef de Service : M. X. J. DUBECQ)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 6 Février 1939

PAR

Guy-Louis-Maurice CHATONET

Né à Saint-Vivien (Gironde), le 13 Janvier 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUBECQ, professeur	Président
		PAPIN, professeur	Juges
		JEANNENEY, professeur	
		DESPONS, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC. — ASSESSEUR : M. LABAT
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
 CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale MAURIAC	Physiologie..... FABRE
Clinique chirurgicale et gynécologique... DUPÉRIÉ	Clinique ophtalmologique . TEULIÈRES
Clinique chirurgicale GUYOT	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ROCHER
Pathologie et thérapeutique générales... PAPIN	Clinique médicale des maladies des enfants CRUCHET
Clinique d'accouchements.. CARLES	Chimie biologique et médicale..... MACHEBEUF
Anatomie pathologique et microscopie clinique ANDÉRODIAS	Physique médicale et pharmaceutique ... WANGERMEZ
Anatomie DAMADE	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques BONNIN
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... PETGES
Hygiène LEURET	Clinique des maladies des voies urinaires..... DUVERGEY
Médecine légale et déontologie LANDE	Clinique des maladies nerveuses et mentales ABADIE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale RÉCHOU	Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN
Chimie CHELLE	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT
Botanique et matière médicale ... GOLSE	Hydrologie thérapeutique et Climatologie GREYX
Pharmacie VITTE	Clinique odonto-stomatologique..... DUBECQ
Zoologie et parasitologie ... MANDOUOL	
Médecine expérimentale ... AUBERTIN	

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
 R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... N... DUFOUR	Chirurgie générale CHARRIER
Physiologie..... N...	LOUBAT
	MASSÉ
	DARGET
	N...
	RIVIÈRE
	Ophtalmologie BEAUVIEUX
	Oto-rhino-laryngologie DESPONS
	Dermatologie et syphiligraphie JOULIA
	Physique médicale N...
	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie, N...
Médecine générale PIECHAUD	
	DELMAS-MARSALET
	DE GRAILLY
	FONTAN
	BROUSTET
	DERVILLEE
	N...



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire..... JEANNENEY	Ophtalmologie..... CABANNES (en congé)
Accouchements RIVIÈRE	Physique médicale et pharmaceutique, ... AURIAC
Pathologie médicale DELMAS-MARSALET	Anatomie..... J. BEAUVIEUX
Puériculture FAUGÈRE	Chimie minérale..... CASTAGNOU
Zoologie et parasitologie ... R. SIGALAS	Botanique..... GIRARD
Médecine légale DERVILLÉE	Pharmacie galénique ... MESNARD
Urologie DARGET	Bactériologie..... MOUREAU
Législation pharmaceutique POPLAWSKI	Physiologie..... PETITEAU
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Veillez trouver dans ce modeste travail, l'expression de ma profonde reconnaissance et toute ma gratitude.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

Faible reconnaissance pour la bonté et l'affection que vous nous avez témoignées.

A MA BELLE-SŒUR
MADEMOISELLE IZA BIÉZUNSKA

LICENCIÉE ÈS SCIENCES

A MES FRÈRES
LOUIS, PIERRE ET JEAN

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR X. J. DUBECQ

PROFESSEUR DE CLINIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

DOCTEUR ÈS SCIENCES

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Respectueux témoignage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant la préparation de cette thèse et en acceptant d'en assurer la présidence.

SÉMÉIOLOGIE ET ÉTUDE STATISTIQUE
DES
OSTÉOPÉRIOSTITES DES MAXILLAIRES
D'ORIGINE DENTAIRE

CHAPITRE PREMIER

Généralités

« Les accidents infectieux aigus d'origine dentaire ont à leur base une complication initiale, mère de toutes les autres, l'extension à l'articulation alvéolo-dentaire de l'infection intra-dentaire. » (Frey.)

Ainsi, par atteinte de l'articulation alvéolo-dentaire se trouve constituée la monoarthrite alvéolo-dentaire qui, dans la majorité des cas, est secondaire à une infection pulpaire.

Une complication extrêmement fréquente de la monoarthrite alvéolo-dentaire suppurée est représentée par l'ostéopériostite des maxillaires. La migration du pus à travers l'os, le périoste, le tissu cellulaire et son évacuation par la muqueuse, avec une participation minima de ces tissus au processus inflammatoire, telles sont les caractéristiques d'un accident banal, d'une grande fréquence : nous voulons parler de l'ostéopériostite des maxillaires.

Symptomatologie

Les ostéopériostites présentent des signes communs et des signes distinctifs suivant leur localisation.

A. — CARACTÈRES COMMUNS

L'ostéopériostite débute par les symptômes des mono-



FIG. 1. — Gustave G..., 27 ans.

Abcès du vestibule supérieur droit consécutif à une ostéopériostite.

Dent causale : incisive latérale supérieure droite.

arthrites apicales suppurées; les douleurs, après s'être apaisées quelque peu, deviennent dans les heures qui suivent plus intenses, avec des irradiations plus lointaines. Ces douleurs, toujours accusées à la pression, sont atténuées par le chaud et non modifiées par le froid. Ces phénomènes douloureux durent d'autant plus longtemps et sont d'autant plus intenses que l'apex est plus profondément situé et que l'os est plus compact. Ce qui fait comprendre que les ostéo-

périostites siégeant au maxillaire inférieur sont infiniment plus pénibles que celles siégeant au maxillaire supérieur.

Parallèlement à ces phénomènes douloureux, on constate une tuméfaction osseuse comblant le vestibule, encore désignée sous le terme d' « empâtement ».

Les douleurs s'apaisent et on retrouve les deux termes d'extériorisation de l'infection : la « fluxion », qui est en



FIG. 2. — Félix C..., 42 ans.

Ostéopériostite du maxillaire supérieur gauche.

Dent causale : incisive latérale supérieure gauche.

réalité une lymphocellulite circonscrite ou diffuse, et l'abcès périmaxillaire.

Cette fluxion est proportionnelle à la laxité des tissus et à la virulence microbienne.

Son maximum siège au niveau de la région apicale de la dent causale. La peau est rouge, tendue, douloureuse au palper.

L'allure inflammatoire de cette fluxion sera évidemment d'autant plus accentuée que la cellulite aura plus de

tendance à évoluer vers la suppuration. Les documents photographiques que nous publions montrent diverses localisations de cette fluxion. L'examen du vestibule buccal nous permet d'apprécier l'abcès périmaxillaire qui se traduit par une tuméfaction notable du sillon gingivo-labial ou jugal recouverte par une muqueuse très rouge. Cet

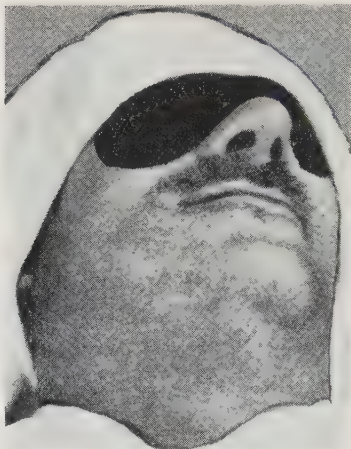


FIG. 3. — Moïse B..., 41 ans.

Ostéopériostite mandibulaire.

Origine : débris radiculaires de la première molaire inférieure droite.

empâtement très douloureux devient plus ou moins rapidement fluctuant.

Cet abcès périmaxillaire constitué s'ouvre, ce qui amène un soulagement presque immédiat, et la fluxion disparaît peu à peu.

D'ordinaire, l'issue du pus se fait dans la bouche et si la dent n'est pas traitée ou extraite, il subsiste une fistule muqueuse. Dans des cas plus rares, l'abcédation se fait à la peau, laissant comme séquelle une fistule cutanée.

B. — L'ASPECT CLINIQUE DES OSTÉOPÉRIOSTITES VARIE
AVEC LE SIÈGE DE LA DENT CAUSALE

Nous examinerons successivement les régions : incisive, canine, prémolaire et molaire, et nous allons les passer en revue au maxillaire supérieur en premier lieu, ensuite au maxillaire inférieur.

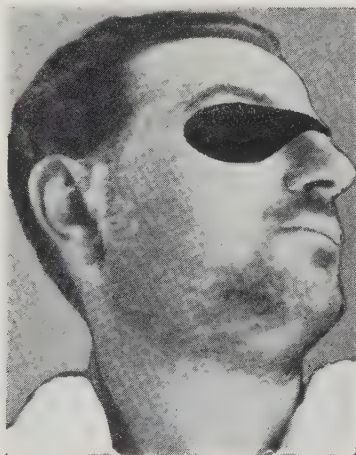


FIG. 4. — René D., 27 ans.

Ostéopériostite périangulo-mandibulaire
droite.

Dents causales : deuxième et troisième
molaires inférieures droites.

1° *Maxillaire supérieur*

Incisives. — Classiquement nous savons que les apex des incisives supérieures sont assez superficiels et dès lors l'évolution vestibulaire de l'infection est très normale; à l'examen du facies du sujet nous constatons une tuméfaction plus ou moins considérable de la lèvre, un véritable œdème dont la localisation peut nous permettre d'émettre l'hypothèse probable de la dent causale.

Le muscle myrtiforme, petit muscle situé au-dessous des narines, immédiatement en arrière de la lèvre supérieure, s'insère au niveau de la fossette du même nom et en haut sur la sous-cloison et sur le bord postérieur du cartilage de l'aile du nez; dès lors les collections purulentes qui proviennent de l'incisive centrale, aboutissent à la sous-cloison, alors que celles issues de l'incisive latérale aboutissent au



FIG. 5. — Etienne L., 24 ans.

Ostéopériostite avec cellulite périangulo-mandibulaire droite.
Dent causale : dent de sagesse.

niveau de l'aile du nez. Ceci nous donnera deux points différents qui pourront nous permettre de différencier la dent causale.

Anatomiquement les apex des incisives centrales divergent et ceci pourra nous permettre de déceler une évolution droite ou gauche.

Une évolution vestibulaire est donc de règle; une évolution palatine est une rareté et dans ce cas c'est une incisive latérale qui la provoque.

Quant à l'évolution dans le sens vertical, elle est une

exception, étant donné la forte épaisseur d'os qui existe entre les apex des dents et le plancher des fosses nasales.

La palpation externe permettra le plus souvent d'éveiller une douleur exquise en un point précis correspondant à l'apex de la dent causale.

Canines. — Ces dents ont un apex haut situé et dès lors les collections périapicales sont élevées.

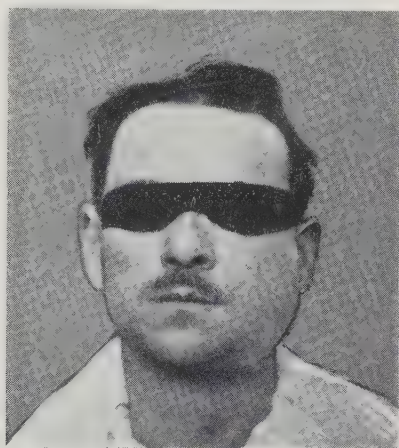


FIG. 6. — Maurice L., 32 ans.

Ostéopériostite périangulo-mandibulaire gauche.

Dent causale : deuxième molaire inférieure gauche.

Les lésions ostéitiques envahissent la branche montante du maxillaire supérieur et elles s'extériorisent le plus souvent sur la table externe, au niveau de l'angle interne de l'œil et simulent une dacryocystite suppurée.

Il y a rarement fistulisation sur la face interne. A l'examen exobuccal on constate une tuméfaction de volume variable amenant l'effacement complet du sillon nasogénien. Fréquemment nous pourrions observer de l'œdème palpétral inférieur.

Prémolaires. — La première prémolaire donne des péri-apexites qui évoluent normalement vers le vestibule; quelquefois la racine palatine peut être à l'origine d'accidents au niveau du palais. Quant à la deuxième prémolaire son retentissement est vestibulaire le plus souvent, rarement



FIG. 7. — Marcel P., 55 ans.

Ostéopériostite périangulo-mandibulaire
gauche.

Dent causale : dent de sagesse infé-
rieure gauche.

antral par suite du rapport de son apex avec le sinus maxillaire.

Molaires. — Les racines vestibulaires et palatines donnent des ostéopériostites à évolution vestibulaire ou palatine; tous les apex de ces dents sont à proximité du sinus maxillaire et on peut observer des empyèmes du sinus.

La fluxion est alors sous-malaire et, suivant l'importance du cas, elle peut gagner la région temporale ou la région palpébrale inférieure.

2° *Maxillaire inférieur*

Incisives et canines. — L'évolution sera différente suivant que nous aurons à faire à une ostéopériostite haute dont l'évolution sera vestibulaire avec tuméfaction de la lèvre inférieure, ou à une ostéopériostite basse dont l'évolution se fait vers la peau du menton; dans ce cas nous observerons une fistulisation cutanée de la région mentonnière, plus rarement les fistules cutanées s'ouvrent plus bas dans les régions sus-hyoïdienne, ou même sous-hyoïdienne.

Prémolaires. — Les prémolaires inférieures donnent des collections évoluant vers la muqueuse du vestibule.

Molaires. — Nous devons nous inspirer de certaines considérations anatomiques. Plus la dent causale sera postérieure plus l'ostéopériostite aura tendance à évoluer vers la table interne.

De plus, en raison de l'obliquité des lignes obliques interne et alvéolaire, en avant et vers le bas, on comprendra que les collections purulentes postérieures auront tendance à s'ouvrir à la face interne de la mandibule et au-dessous du mylohyoïdien.

Ainsi donc nous pourrions être en présence d'ostéopériostites dont l'évolution pourra se faire de trois manières :

Soit vers le vestibule;

Soit vers la table interne et sus-mylohyoïdienne;

Soit vers la table interne et sous-mylohyoïdienne.

Une des caractéristiques essentielles des ostéopériostites provoquées par les molaires inférieures est représentée par le trismus.

Ce trismus est d'autant plus fréquent, d'autant plus précoce, d'autant plus serré que l'on se rapproche de la région angulo-maxillaire.

Nous avons observé de rares cas où le trismus était provoqué par des prémolaires.

Etiologie

Classiquement il est admis que dans une proportion d'environ 85 % des cas, les ostéopériostites des maxillaires sont d'origine dentaire.

A part de rares cas où ce sont : soit un traumatisme opératoire, soit une fracture ouverte et compliquée, qui sont la cause de ces ostéopériostites, l'étiologie de cette affection est toujours dentaire. Le pourcentage de 85 % nous paraît être inférieur à la vérité. Ceci d'ailleurs ne fait que confirmer l'avis de certains auteurs qui, à l'exemple de Sébilleau, affirment : « Toutes les ostéopériostites mandibulaires sont d'origine dentaire. On se trompe, soit en prenant une ostéopériostite pour un adenophlegmon, soit au cas où l'on diagnostique une ostéopériostite, en considérant celle-ci comme une ostéopériostite primitive ». La déficience organique ajoutée à l'absence d'hygiène buccale favorisent ces affections.

Les rapports intimes qui existent entre les maxillaires et les dents, font que ces dernières ont une influence primordiale sur la pathologie de ces os. L'os maxillaire peut être infecté par diverses voies : soit par voie transradiculaire, soit par voie périradiculaire, beaucoup plus rarement par voie sanguine.

Les lésions périapicales chroniques : granulome, ostéite périapicale, donnent fréquemment des complications inflammatoires du type ostéopériostite.

La transmission de l'infection par voie ligamentaire quoique rare, existe et nous l'avons observée dans 7 % des cas.

Anatomie pathologique

A. — STADE DE PÉRIARTHRITE

L'infection intrapulpaire atteint d'abord la région péri-apicale; ensuite elle s'étend à une partie ou à la totalité du ligament alvéolodentaire.

Au début la réaction est du type congestif. Il y a congestion intense, diapédèse active et infiltration séreuse, prolifération des cellules fixes. Cette réaction aiguë peut tourner court. Il y a guérison ou passage à la chronicité.

Dans d'autres cas, l'évolution se fait vers la suppuration. Il se produit dans les logettes interligamenteuses des amas cellulaires qui se désagrègent pour aboutir à la formation de pus. Ces petits abcès miliaires souvent disposés en chapelet peuvent ainsi rester isolés. Dans les formes sévères ils se réunissent. La dent baigne alors dans le pus et il ne reste plus que quelques vestiges de ligament adhérent au ciment ou à l'alvéole. La gencive, le ciment, les parois alvéolaires participent toujours sur un espace plus ou moins étendu et profond à la réaction inflammatoire (Rœmer).

B. — STADE DIPLOÏQUE OU OSSEUX

« La lésion, écrit Truffert, se présente comme une succession d'abcès localisés, dans des logettes médullaires, formant une chaîne ininterrompue de l'alvéole au tissu périostique. »

C. — STADE SOUS-PÉRIOSTÉ

Il est admis par la plupart des auteurs qu'il y a décollement sous-périosté, abcès sous-périosté, périostite phlegmoneuse.

Il nous faut cependant citer l'opinion particulière de

Dechaume qui soutient que l'abcès sous-périoste est loin d'être la règle. Il rappelle que chez l'enfant le périoste est une membrane active assez épaisse, mais élastique, qui se laisse facilement distendre et décoller. L'abcès sous-périoste serait donc plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. Chez celui-ci, le périoste est une formation fibreuse, résistante, plus adhérente à l'os et ayant perdu de son pouvoir ostéogénétique. Aussi, l'abcès sous-périoste ne se produirait que dans les régions dépourvues d'insertions musculaires, région gingivale et palatine, quadrilatère de moindre résistance, au niveau de la région prémolaire inférieure. Partout ailleurs, le pus perforerait le périoste sans le décoller et ferait irruption directement dans le tissu cellulaire péri-mandibulaire.

D. — STADE CUTANÉ OU MUQUEUX

Différentes éventualités peuvent se rencontrer selon que l'extériorisation du pus se fait au-dessus ou au-dessous du fond du cul-de-sac gingivojugal.

Dans le premier cas, le pus ayant fusé à travers la paroi alvéolaire, on voit survenir une petite tuméfaction douloureuse sur le versant mandibulaire du cul-de-sac. Cet abcès vestibulaire peut laisser après lui une petite fistule muqueuse. Dans le second cas nous avons le stade cutané proprement dit.

Traitement

Le traitement des ostéopériostites du maxillaire d'origine dentaire est avant tout étiologique.

Il nous faut considérer différents cas, suivant l'importance du foyer sous-périosté. Si nous avons à faire à un cas, relativement bénin, avec infection légère, nous pourrions tenter d'instituer une thérapeutique conservatrice, tout en s'entourant de toutes les précautions nécessaires. Si la dent vaut la peine d'être conservée, la trépanation de la dent ou l'ouverture vestibulaire de la collection sous-périostée seront les premiers temps d'une thérapeutique conservatrice.

Dans l'immense majorité des cas, c'est à une thérapeutique chirurgicale que nous aurons recours. Les observations que nous publions montrent que dans tous les cas sauf quatre, nous avons eu recours à l'extraction de la dent causale et les résultats ont été parfaitement satisfaisants.

Quant à la nécessité d'intervenir en période aiguë, elle nous paraît nettement démontrée, mettant un terme à la tradition qui préconisait de respecter une dent entourée d'ostéopériostite. Et non seulement l'avulsion de la dent infectante doit être pratiquée dans tous les cas ayant une gravité, moyenne, modérée, voire même très légère, mais elle doit être pratiquée le plus tôt possible.

Ainsi évitons toute complication qui ne manquerait pas d'apparaître si notre thérapeutique était différente.

Nous pouvons reprendre l'expression même de Sébilleau : « A aucun moment il n'est trop tard pour pratiquer cette avulsion qui, je le répète, est la nécessité même. Au début, elle prévient le phlegmon, un peu après elle l'arrête; plus tard elle l'ouvre. »

Bouvier rappelle d'abord la classification faite à la Société de Chirurgie de Paris par M. Brocq, concernant les accidents infectieux à point de départ dentaire et la conduite

à tenir dans chacun des cas. La difficulté réside surtout dans la conduite à tenir en présence des cas de moyenne gravité.

Si des praticiens préconisent les méthodes dites indirectes, Bouvier conclut à la nécessité de la méthode directe, c'est-à-dire de l'extraction précoce et montre les services que peut rendre l'utilisation systématique de cette technique. Ce sera d'ailleurs notre conclusion thérapeutique : Action première et habituellement suffisante de l'extraction dentaire amenant la guérison du sujet.

Dans la majorité des cas, après avulsion de la dent, le pus fait son issue par l'alvéole. Une pression continuée sur la tuméfaction vestibulaire permet d'évacuer la collection sous-périostée par l'alvéole.

Cette pression sera exercée également les jours suivants.

La simple avulsion dentaire amène souvent la guérison ; quelquefois cependant, soit que l'on agisse trop tard, soit que la suppuration a déjà altéré les téguments, soit que le drainage qui s'effectue par l'alvéole n'est pas suffisant, on doit recourir à l'incision chirurgicale.

Normalement on doit inciser à l'endroit précis vers lequel la collection purulente s'est orientée. L'intervention par voie cutanée, et qui consiste à pratiquer le drainage filiforme est exceptionnelle et sera suffisante.

La guérison spontanée n'est en réalité qu'un refroidissement des phénomènes inflammatoires : c'est une transition.

Un traitement insuffisant ou nul expose le malade à des complications d'ordre général : la septicémie ; de voisinage : la cellulite circonscrite ou étendue, la diffusion des phénomènes locaux avec séquestration et fracture spontanée, la contracture des mâchoires.

OBSERVATIONS

*Recueillies dans le Service de la Chaire de Clinique
Odonto-Stomatologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux
(Chef de Service : M. X. J. Dubecq)*

Ces observations ont été groupées par maxillaire, et les dents ont été envisagées les unes après les autres.

(Voir tableaux ci-après.)

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

DATES	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	DENT causale	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
27-9-38	F.	30 ans	Max. sup ^r droit	D. 1	Racine supportant une dent à pi- vot. Arthrite et périarthrite.	Incision Traitement du canal	Guérison
23-3-38	F.	30 ans	Max. sup ^r droit	D. 1	Mortification consécutive à une ob- turation au ciment synthétique. Arthrite et périarthrite. Cellulite de la région labiale.	Extraction Anesthésie au trou mentonnier	Guérison
27-4-38	F.	11 ans	Max. sup ^r droit	D. 1	Mortification pulpaire par fracture coronnaire.	Extraction	Guérison
30-10-38	F.	35 ans	Max. sup ^r droit	D. 1	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
23-11-37	H.	36 ans	Max. sup ^r droit	D. 2	Débris radiculaires.	Extraction	Guérison
14-2-38	H.	55 ans	Max. sup ^r droit	D. 2	Cavité de carie obturée au ciment synthétique. Mortification pul- paire. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
24-6-38	F.	27 ans	Max. sup ^r droit	D. 2	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Tuméfaction pala- tine.	Extraction	Guérison

10-9-38	H.	42 ans	Max. sup ^r droit	D. 2	Débris radiculaires. Tuméfaction vestibulaire importante.	Extraction	Guérison
15-10-38	F.	39 ans	Max. sup ^r droit	D. 2	Carie distale pénétrante. Fistule muqueuse.	Incision vestibulaire Traitement du canal	Guérison
2-10-37	H.	31 ans	Max. sup ^r gauche	G. 1	Mortification pulpaire (?) sous obturation.	Extraction	Guérison
18-1-38	F.	43 ans	Max. sup ^r gauche	G. 2	Débris radiculaires. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
28-1-38	H.	27 ans	Max. sup ^r gauche	G. 2	Carie mésiovestibulaire pénétrante. Mortification pulpaire. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
27-5-38	F.	18 ans	Max. sup ^r gauche	G. 2	Carie pénétrante. Mortification pulpaire. Fistule vestibulaire.	Extraction	Guérison
26-7-38	H.	38 ans	Max. sup ^r gauche	G. 2	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
17-3-38	H.	62 ans	Max. sup ^r droit	D. 3	Monoarthrite suppurée. Pas de carie.	Extraction	Guérison
6-5-38	F.	48 ans	Max. sup ^r droit	D. 3	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
7-5-38	H.	17 ans	Max. sup ^r droit	D. 3	Carie pénétrante. Mortification pulpaire. Fistule muqueuse vestibulaire.	Extraction	Guérison

DATES	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	DENT causale	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
22-10-37	F.	43 ans	Max. sup ^r gauche	G. 3	Débris radiculaires.	Extraction Anesthésie sous-orbitaire	Guérison
16-3-38	F.	14 ans	Max. sup ^r gauche	G. 3	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
3-5-38	H.	64 ans	Max. sup ^r gauche	G. 3	Débris radiculaires inclus. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
6-5-38	H.	39 ans	Max. sup ^r gauche	G. 3	Carie pénétrante de la face lin- guale. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
10-6-38	F.	32 ans	Max. sup ^r gauche	G. 3	Carie pénétrante. Mortification pulpaire. Arthrite et périar- thrite.	Extraction	Guérison
30-6-38	F.	82 ans	Max. sup ^r gauche	G. 3	Carie distale pénétrante. Mortifica- tion pulpaire. Arthrite. Fistule muqueuse vestibulaire.	Extraction	Guérison
17-7-38	F.	34 ans	Max. sup ^r gauche	G. 3	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
17-9-37	F.	27 ans	Max. sup ^r droit	D. 4 et D. 5	Débris radiculaires. Fistule mu- queuse.	Extraction	Guérison

24-1-38	F.	58 ans	Max. sup ^r droit	D. 4 et D. 6	Carie distotriturante pénétrante de D. 4. Arthrite. Débris radicu- laires de D. 6. Arthrite.	Extractions	Guérison
25-3-38	F.	42 ans	Max. sup ^r droit	D. 4	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Cellulite. Fistule muqueuse vestibulaire.	Extraction	Guérison
10-5-38	H.	47 ans	Max. sup ^r droit	D. 4	Carie pénétrante. Mortification pulpaire. Fistule muqueuse ves- tibulaire.	Extraction	Guérison
11-5-38	H.	26 ans	Max. sup ^r droit	D. 4	Carie distale pénétrante. Mortifica- tion pulpaire. Fistule muqueuse palatine.	Extraction	Guérison
27-5-38	F.	22 ans	Max. sup ^r droit	D. 4	Carie distale pénétrante. Mortifi- cation pulpaire. Arthrite et péri- arthrite.	Extraction	Guérison
17-7-38	F.	18 ans	Max. sup ^r droit	D. 4 et D. 5	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
27-1-38	H.	10 ans	Max. sup ^r droit	D. 5	Carie mésiale pénétrante. Mortifi- cation pulpaire.	Extraction	Guérison
6-5-38	H.	20 ans	Max. sup ^r droit	D. 5	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison

DATES	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	DENT CAUSALE	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
17-7-38	F.	23 ans	Max. sup ^r droit	D. 5	Carie pénétrante. Arthrite et péri- arthrite.	Extraction	Guérison
20-10-38	H.	9 ans	Max. sup ^r droit	D. 5	Carie pénétrante de la face tritu- rante. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
27-4-38	H.	27 ans	Max. sup ^r gauche	G. 4	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
28-4-38	H.	5 ans	Max. sup ^r gauche	G. 4	Carie pénétrante distotriturante. Fistule muqueuse.	Traitement de la dent	Guérison
3-5-38	H.	39 ans	Max. sup ^r gauche	G. 4 et G. 5	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse palatine.	Extractions	Guérison
17-9-38	H.	19 ans	Max. sup ^r gauche	G. 4	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
1-12-37	F.	7 ans	Max. sup ^r gauche	G. 5	Carie pénétrante distotriturante. Mortification pulpaire de G 5.	Extraction	Guérison
5-5-38	F.	9 ans	Max. sup ^r gauche	G. 5	Carie pénétrante. Arthrite et péri- arthrite. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison

23-5-38	H.	21 ans	Max. sup ^r gauche	G. 5	Carie distale pénétrante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
11-10-37	H.	39 ans	Max. sup ^r droit	D. 6	Débris radiculaires.	Incision-Extraction	Guérison
13-1-38	F.	45 ans	Max. sup ^r droit	D. 6	Carie vestibulo-cervicale. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
14-4-38	F.	33 ans	Max. sup ^r droit	D. 6	Carie pénétrante distotriturante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
24-5-38	H.	19 ans	Max. sup ^r droit	D. 6 et D. 7	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extractions	Guérison
18-7-38	H.	47 ans	Max. sup ^r droit	D. 6	Vaste carie pénétrante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
22-9-38	F.	31 ans	Max. sup ^r droit	D. 6	Carie pénétrante mésiotriturante. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
7-1-38	F.	29 ans	Max. sup ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante vestibulaire. Syndrome d'arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
14-2-38	H.	14 ans	Max. sup ^r gauche	G. 6	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Cellulite circonscrite. Adénite rétrovasculaire.	Extraction	Guérison

MAXILLAIRE INFÉRIEUR

DATES	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	DENT causale	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
4-4-38	F.	15 ans	Max. inf ^r droit	D. 1	Carie pénétrante. Mortification pulpaire.	Extraction	Guérison
12-9-38	F.	24 ans	Max. inf ^r droit	D. 1	Carie linguale pénétrante. Abscès vestibulaire.	Extraction	Guérison
9-9-37	H.	74 ans	Max. inf ^r droit	D. 3	Mortification pulpaire (?); la dent présente une ancienne cavité de carie, obturée par un amalgame depuis vingt ans.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
8-1-38	F.	35 ans	Max. inf ^r droit	D. 3	Débris radiculaires. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
15-4-38	H.	54 ans	Max. inf ^r droit	D. 3	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
27-5-38	F.	66 ans	Max. inf ^r droit	D. 3	Carie pénétrante. Mortification pulpaire.	Extraction	Guérison
14-9-37	H.	21 ans	Max. inf ^r droit	D. 4	Mortification pulpaire. Carie distale.	Extraction	Guérison
7-4-38	F.	27 ans	Max. inf ^r droit	D. 4 et D. 5	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse.	Extractions	Guérison

30-5-38	F.	18 ans	Max. inf ^r droit	D. 4	Carie distale pénétrante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
9-6-38	F.	52 ans	Max. inf ^r droit	D. 4	Carie pénétrante distotriturante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
20-7-38	H.	35 ans	Max. inf ^r droit	D. 4	Débris radiculaires. Tuméfaction vestibulaire importante.	Incision muqueuse 1 ^{re} Extraction	Guérison
17-9-38	H.	39 ans	Max. inf ^r droit	D. 4	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse.	Extraction	Guérison
6-9-37	H.	9 ans	Max. inf ^r droit	D. 5	Mortification pulpaire. Carie distale.	Extraction	Guérison
8-9-37	F.	6 ans	Max. inf ^r droit	D. 5	Mortification pulpaire; importante carie de la face triturante.	Extraction	Guérison
17-12-37	H.	24 ans	Max. inf ^r droit	D. 5	Débris radiculaires de d 5.	Incision vestibulaire par médecin en 1 ^{er} Extraction	Guérison
27-1-38	H.	44 ans	Max. inf ^r droit	D. 5 et D. 6	Débris radiculaires. Fistule cutanée.	Extraction. Curetage	Guérison
14-5-38	H.	67 ans	Max. inf ^r droit	D. 5	Carie pénétrante de d 5. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
9-4-38	F.	64 ans	Max. inf ^r gauche	G. 4 et G. 5	Arthrite et périarthrite. Débris radiculaires.	Extractions	Guérison

DATES	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	DENT CAUSALE	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
12-9-38	F.	51 ans	Max. inf ^r gauche	G. 4	Carie pénétrante triturante. Ar- thrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
19-10-38	H.	8 ans	Max. inf ^r gauche	G. 4	Carie pénétrante de la face tritu- rante. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
24-9-37	F.	6 ans	Max. inf ^r gauche	G. 5	Mortification pulpaire. Vaste carie de la face triturante.	Extraction	Guérison
1-12-37	H.	12 ans	Max. inf ^r gauche	G. 5	Carie distotriturante. Mortification pulpaire. Syndrome arthrite et périarthrite de g 5.	Extraction	Guérison
7-5-38	H.	5 ans	Max. inf ^r gauche	G. 5	Carie pénétrante mésiotriturante. Mortification pulpaire.	Extraction	Guérison
24-6-38	H.	18 ans	Max. inf ^r gauche	G. 5	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Cellulite séreuse.	Extraction	Guérison
6-9-37	F.	28 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Mortification pulpaire. Carie dis- tale. Fistule muqueuse. Adénite prévasculaire.	Refuse de se laisser traiter	Non connue
21-9-37	H.	23 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Débris radiculaires.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison

16-10-37	H.	20 ans	Max. inf ^r droit	D. 6. et D. 7	Mortification pulpaire de d 6. Carie pénétrante. Débris radiculaires de d 7 (trismus).	Extractions (Anesthésie manéterine et à l'épine de Spix)	Guérison
18-10-37	F.	22 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Mortification pulpaire. Carie distale pénétrante.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
15-11-37	H.	14 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Carie pénétrante.	Extraction	Guérison
24-11-37	F.	18 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Mortification pulpaire. Syndrome d'arthrite et périarthrite de d 6.	Extraction	Incision vestibulaire Guérison
6-12-37	H.	27 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Débris radiculaires de d 6. Présence d'une fistule cutanée.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
8-12-37	F.	11 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Carie pénétrante sur la face trituerante de d 6. Syndrome d'arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
10-1-38	F.	29 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Carie pénétrante mésiotriturante. Mortification pulpaire.	Extraction	Guérison
3-2-38	H.	13 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Carie mésiotriturante. Syndrome d'arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
21-3-38	F.	15 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Carie pénétrante distotriturante. Fistule muqueuse vestibulaire.	Extraction	Guérison
9-6-38	F.	16 ans	Max. inf ^r droit	D. 6	Carie mésiale pénétrante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison

DATES	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	DENT causale	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
30-6-38	H.	16 ans	Max. inf ^r droit	D. 6 et D. 7	Détris radiculaires de d 6. Carie pénétrante et mortification pul- paire de d 7.	Extractions	Guérison
2-9-37	F.	28 ans	Max. inf ^r droit	D. 7	Mortification pulpaire. Couronne aux trois-quarts détruite (adé- nite prévasculaire).	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
21-10-38	F.	24 ans	Max. inf ^r droit	D. 7	Dent obturée après mortification thérapeutique. Arthrite et péri- arthrite.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
23-10-37	H.	24 ans	Max. inf ^r droit	D. 8	Carie distotriturante de d 8. Syn- drome d'arthrite et périarthrite.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
4-11-37	F.	36 ans	Max. inf ^r droit	D. 8	Carie profonde de d 8. Cellulite sous-mylohyoïdienne.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix) Curetage	Guérison
4-11-37	F.	25 ans	Max. inf ^r droit	D. 8	Carie pénétrante de d 8. Syndrome d'arthrite et périarthrite.	Extraction (Anesthésie manetérine et Spix)	Le 12/11/37 Incision externe Guérison
10-12-37	F.	29 ans	Max. inf ^r droit	D. 8	Carie pénétrante mésiotriturante de d 8.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Drainage filiforme Incision externe Guérison
24-1-38	F.	29 ans	Max. inf ^r droit	D. 8	Carie mésiale pénétrante. Arthrite et périarthrite.	Extraction de d 8 (après celle de d 7) (Anest. épine de Spix)	Guérison

26-1-38	F.	26 ans	Max. inf ^r droit	D. 8	Carie pénétrante. Mortification pulpaire.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
6-9-38	H.	24 ans	Max. inf ^r droit	D. 8	Carie pénétrante de la face triturante. Arthrite et périarthrite.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
6-9-37	H.	18 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Mortification pulpaire. Couronne presque inexistante.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
8-9-37	F.	24 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Mortification pulpaire; importante carie distale.	Extraction	Guérison
11-9-37	H.	42 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Dent à l'état de débris radiculaires. Fistule cutanée.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
11-9-37	H.	17 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Mortification pulpaire. Carie distale. Adénite prévasculaire.	Extraction	Guérison
18-9-37	F.	15 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Mortification pulpaire. Carie de la face triturante.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
8-10-37	F.	13 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Mortification pulpaire. Importante carie de la face triturante. Adénite prévasculaire.	Extraction	Guérison
22-10-37	F.	15 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante distotriturante de g 6. Syndrome d'arthrite et périarthrite. Absès sous-maxillaire.	Extraction et drainage filiforme	Guérison

DATES	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	DENT causale	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
25-10-37	F.	16 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante mésiotriturante de g 6. Ostéite au niveau des deux racines (diagnostic radio- graphique).	Incision externe première le 23/10/37 Extraction (Anesthésie à Spix le 27/10/37	Guérison
16-11-37	H.	16 ans	Max. inf ^r gauche	G. 5 et G. 6	Débris radiculaires. Syndrome d'arthrite et périarthrite.	Extractions	Guérison
7-12-37	F.	28 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante mésiotriturante de g 6. Mortification pulpaire.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
2-2-38	H.	16 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante de la face tritu- rante.	Extraction	Guérison
10-2-38	H.	17 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Persistance de la racine mésiale après tentative d'extraction de g 6 un an auparavant.	Extraction	Guérison
23-2-38	H.	10 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante de la face tri- turante. Mortification pulpaire. Cellulite.	Extraction	Guérison
5-3-38	H.	40 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
9-6-38	H.	20 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison

24-6-38	H.	31 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite. Fistule muqueuse vestibulaire.	Extraction	Guérison
30-6-38	H.	13 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Destruction coronaire importante. Hypertrophie pulpaire.	Extraction	Guérison
20-7-38	H.	19 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
28-7-38	H.	52 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante de la face triturrante. Mortification pulpaire.	Extraction	Guérison
8-9-38	H.	13 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie distale pénétrante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
9-9-38	H.	31 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante mésiotriturrante. Mortification pulpaire. Cellulite ocreuse.	Incision vestibulaire	Amélioration Guérison (?) malade non revu
14-9-38	H.	16 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
15-9-38	H.	32 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Carie pénétrante de la face triturrante. Arthrite et périarthrite. Fistule cutanée.	Extraction	Guérison
17-9-38	H.	24 ans	Max. inf ^r gauche	G. 6	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
16-9-37	H.	60 ans	Max. inf ^r gauche	G. 7	Mortification pulpaire. Importante carie proximale. Adénite pré-vasculaire.	Extraction	Guérison

DATES	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	DENT causale	LÉSIONS	TRAITEMENT	ÉVOLUTION
13-10-37	F.	36 ans	Max. inf ^r gauche	G. 7	Syndrome d'arthrite et périarthrite de g 7. Carie pénétrante. Adénite jugulaire interne.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
18-10-37	H.	27 ans	Max. inf ^r gauche	G. 7	Mortification pulpaire. Carie pénétrante.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
20-11-37	H.	28 ans	Max. inf ^r gauche	G. 7	Mortification pulpaire. Carie pénétrante de la face triturante.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison
22-12-37	H.	49 ans	Max. inf ^r gauche	G. 7	Carie pénétrante de g 7. Syndrome d'arthrite et de périarthrite.	Extraction	Guérison
22-3-38	F.	38 ans	Max. inf ^r gauche	G. 7	Débris radiculaires. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
27-4-38	F.	39 ans	Max. inf ^r gauche	G. 7	Carie pénétrante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
2-5-38	F.	31 ans	Max. inf ^r gauche	G. 7	Carie pénétrante de la face triturante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction	Guérison
28-7-38	H.	18 ans	Max. inf ^r gauche	G. 8	Carie méiotriturante. Mortification pulpaire. Arthrite et périarthrite.	Extraction (Anesthésie à l'épine de Spix)	Guérison

CHAPITRE II

ÉTUDE STATISTIQUE

Nous publions 129 observations, recueillies dans le Service de la Chaire de Clinique Odonto-Stomatologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux (Chef de Service : M. X. J. Dubecq), mais notre statistique ne portera que sur 118 cas, car nous n'avons pas voulu comprendre dans nos calculs les ostéopériostites provoquées par des dents temporaires.

Maxillaire supérieur

(48 cas, soit 40 %)

DENTS	Côté droit	Côté gauche	TOTAL	Pourcentage
I	4	1	5	9,43 %
II	5	4	9	16,98 %
III	3	7	10	18,86 %
IV	7	4	11	20,75 %
V	5	2	7	13,20 %
VI	8	2	10	18,86 %
VII	1	0	1	1,88 %
VIII	0	0	0	0 %

Côté droit : 29 cas, soit 60 %.

Côté gauche : 19 cas, soit 40 %.

Ouverture cutanée : 1 cas, soit 0,5 %.

Pourcentage des monoradiculées : 79 %.

Pourcentage des pluriradiculées : 21 %.

La différence qui existe entre le total des cas et le total des dents vient de ce que plusieurs cas d'ostéopériostites étaient dus à deux dents à la fois.

Maxillaire inférieur
(70 cas ou 60 %)

DENTS	Côté droit	Côté gauche	TOTAL	Pourcentage
I	2	0	2	2,77 %
II	0	0	0	0 %
III	4	0	4	4,54 %
IV	6	2	8	9,09 %
V	4	4	8	9,09 %
VI	14	23	37	53,03 %
VII	3	8	11	12,50 %
VIII	7	1	8	9,09 %

Côté droit : 35 cas, soit 50 %.

Côté gauche : 35 cas, soit 50 %.

Ouverture cutanée : 5 cas, soit 7 %.

Pourcentage des monoradiculées : 25 %.

Pourcentage des pluriradiculées : 75 %.

PAR RAPPORT AUX DENTS

Maxillaire supérieur

DENTS	CARIES	Ostéopériostites
I	10,19 %	9,43 %
II	12,44 %	16,98 %
III	7,41 %	18,86 %
IV	15,65 %	20,75 %
V	13,49 %	13,20 %
VI	25,81 %	18,86 %
VII	11,49 %	1,88 %
VIII	3,66 %	0 %

Maxillaire inférieur

DENTS	CARIES	Ostéopériostites
I	0,75 %	2 %
II	0,75 %	0 %
III	1,75 %	4,54 %
IV	9,25 %	9,09 %
V	12,51 %	9,09 %
VI	42,28 %	53 05 %
VII	26,17 %	12,50 %
VIII	3,50 %	9,09 %

CONCLUSIONS

I. — La fréquence des complications inflammatoires périodentaires du type ostéopériostite n'est pas en concordance avec la fréquence des lésions par carie des dents de chaque arcade.

II. — La fréquence varie selon le sexe dans des proportions de 66 à 54 % pour le sexe masculin et de 34 à 46 % pour le sexe féminin.

Truffert donne des résultats sensiblement différents.

III. — Le rapport de fréquence entre les accidents d'ostéopériostite et de carie est inverse pour les deux maxillaires et de l'ordre de 2 à 3, la plus grande fréquence étant pour le maxillaire inférieur.

IV. — La fréquence des accidents inflammatoires du type ostéopériostite d'origine dentaire n'est pas en rapport avec la fréquence des lésions par carie des dents considérées individuellement. Ce rapport de fréquence des caries et de siège des ostéopériostites est inverse et dans des proportions variables pour chaque dent du maxillaire supérieur. Pour le maxillaire inférieur, ce rapport est plus direct, mais encore avec des variations notables pour chaque dent considérée isolément.

V. — Des faits d'ordre architectural, des faits d'ordre physique, tels que la déclivité, expliquent cette disproportion de fréquence des ostéopériostites de l'arcade supérieure et de l'arcade inférieure.

VI. — L'ouverture cutanée spontanée ou chirurgicale est exceptionnelle pour le maxillaire supérieur : elle est de

l'ordre de 0 à 0,5 %. Pour le maxillaire inférieur, nous l'avons observée dans 7 à 14 % des cas chez nos malades de clientèle hospitalière. Le retard apporté à un diagnostic précis, à une avulsion salvatrice, autant que des dispositifs anatomiques, expliquent la plus grande fréquence de l'abcédation cutanée des ostéopériostites mandibulaires.

VII. — Les dents monoradiculaires sont au maxillaire inférieur moins fréquemment le siège d'accidents inflammatoires du type ostéopériostite que les dents pluriradiculaires dans les proportions de 72 à 75 % pour les pluriradiculaires contre 28 à 25 % pour les monoradiculaires.

Cette proportion s'inverse au maxillaire supérieur où les monoradiculaires représentent de 73 à 79 % des cas et les pluriradiculaires de 27 à 21 % des cas.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
LABAT.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
N. J. DUBECQ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 Janvier 1939.
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

1. BERCHER, FARGIN, FAYOLLE, FLEURY et LACAISSE. — Pathogénie dentaire. Masson, 1935.
2. BERCHER et LANDAIS. — Fistules mentonnières; contrôle de l'origine par le lipiodol. *Revue de Stomatologie*, avril 1930.
3. BOUVIER (M.). — Au cours des ostéopériostites maxillaires, faut-il enlever la dent causale en période aiguë ? *Société de Chirurgie de Toulouse*, 20 décembre 1929.
4. CHASSAIGNAC (E.). — Traité pratique de la suppuration. Tome II, Paris, 1869.
5. CHOMPRET et DECHAUME. — Faut-il extraire la dent en période d'infection aiguë ? *Presse Méd.*, 1^{er} mars 1930.
— Définitions : péri-apesclites suppurées ou ostéopériostites, ostéophlegmons, ostéomyélites. *Revue de Stomatologie*, avril 1930.
6. DELBED. — Adénopathies et ostéopériostites du maxillaire inférieur. *Concours Médical*, Paris, 30 mars 1930.
7. DUBECQ (X.-J.). — Drainage filiforme appliqué à des manifestations inflammatoires de la région cervicale d'origine dentaire. *Revue d'Odonto-Stomatologie*, Bordeaux, n° 3, juin 1937, p. 165.
8. DUMONT (P.). — Contribution à l'étude des affections susceptibles de modifier l'aspect du sillon nasogénien. *Thèse de Doctorat*, Paris, 1938.
9. DUNOGIER. — Etrange préjugé sur l'extraction des dents dans le périoste alvéolodentaire suppuré. *Société Médicale du IX^e arrondissement de Paris*, séance du 12 mai 1912.
10. GUIBÉ. — A propos d'un cas d'ostéopériostite orbitaire aiguë d'origine dentaire. *Archives d'Ophtalmologie*, janvier 1927.

15. MAUCLAIRE. — Phlegmons et abcès du cou. *Progrès*
11. LABARRIÈRE (M.). — Ostéopériostites alvéolaires du maxillaire supérieur. *La Gazette Médicale de Picardie*, décembre 1930, n° 92.
12. LANNELONGUE. — De l'ostéomyélite aiguë. 1879.
13. LEJARS. — Leçons de chirurgie. Masson, Paris, 1895.
14. LERICHE et POLICARD. — Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os. Chez Masson. *Médical*, 25 avril 1914.
16. OMBREDANNE. — Traité de chirurgie, Le Dentec et Delbed. Fascicule 16, Paris, 1919.
17. POIRIER. — Traité d'anatomie humaine. *Ostéologie*, tome I.
18. PONT. — Pathologie dentaire. Chez Doin.
19. RÉAL. — Stomatologie du médecin praticien. Paris, Masson, 1921.
20. ROY (M.). — Le curettage apical. *Publication de l'Odontologie*, 1925.
21. RUPPE (C.). — Pathologie de la bouche. Un volume chez Baillièrre, 1931.
22. SÉBILEAU. — Les phlegmons pérимандibulaires odontopathiques. *Presse Médicale*, 16 mars 1921.
23. SEIGNEURIN. — A propos de deux cas d'ostéophlegmons internes odontopathiques du maxillaire. *Semaine Dentaire*, p. 353, 1921.
24. TELLIER. — Périodontie. *Congrès de Stomatologie*, octobre 1924.
25. THIBAUT. — Les fistules cervico-faciales d'origine dentaire. *Paris Médical*, 1^{er} septembre 1928.
26. TRUFFERT. — Diagnostic et traitement des phlegmons pérимандibulaires d'origine dentaire. *Thèse de Doctorat*, 1919.
27. VECCHIS (M.). — Les osteoperiostiti acute e chroniche di origine dentairia. *Rissasc. Med.*, 4, 151, i avril 1927.

